Aus der
Medizinischen-Universitäts-Poliklinik in Breslau.
(Leiter: Prof. Dr. Bittorf.)

Ueber habituelle Hepatoptose.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der Medizin und Chirurgie der Hohen Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

Kurt Moecke

BRESLAU 1927

»Quader« Druckerei und Verlagsanstalt GmbH., Breslau 1
Herrenstraße 19

Gedruckt
mit Genehmigung der medicinischen Fakultät
der Universität Breslau.

1. Berichterstatter: Privatdozent Dr. Frhr. v. Falkenhausen,
2. Berichterstatter: Professor Dr. Bittorf.

In der Literatur wird die an sich seltene Erscheinung der Hepatoptose meist nur als zufälliger Nebenbefund behandelt. Der Grund hierfür liegt wohl darin, daß sie gewöhnlich nur mit geringen Beschwerden für den Betroffenen verbunden ist.

Man bezeichnet mit Hepatoptose einen abnormen Tiefstand der Leber. Sie ist in der Regel eine Teilerscheinung einer allgemeinen Enteroptose. Besonders häufig tritt sie bei Frauen mit schlaffen Bauchdecken und mit Hängeleib auf. Die Leber ist im Falle der Ptose gewöhnlich sehr beweglich, weshalb man sie mit Recht Hepar mobilis — Wanderleber — bezeichnet. In der Literatur werden Fälle des Tiefstandes der Leber erwähnt, in welchen sie sogar dem Darmbein aufsitzt.

Als Hauptmoment für die Entstehung der Wanderleber ist in den meisten Fällen eine Zerrung des Aufhängeapparates anzusehen, die besonders durch plötzliches Trauma, z. B. Fall, Lastenheben, ja sogar durch starke Hustenstöße und durch Niesen herbeigeführt werden kann.

Hinsichtlich der Symptomatologie kann man die Fälle von Wanderleber in 5 Gruppen einteilen: An erster Stelle stehen die am häufigsten vorkommenden symptomolosen Fälle; eine zweite Gruppe umfaßt die Fälle, welche dyspeptische Beschwerden verursachen, und bei denen die Erscheinungen einer chronischen Gastritis mit hartnäckiger Verstopfung in den Vordergrund treten. Als dritte Gruppe sind die Fälle zu bezeichnen, die mit unbestimmten Schmerzen in der Lebergegend verbunden sind.

Zur vierten Gruppe rechnet man die Fälle, welche Leberkolik mit eingeklemmten Gallensteinen vortäuschen. Zur fünften Gruppe endlich gehören alle die Fälle, wo sich nach der Nahrungsaufnahme Atemnot bemerkbar macht.

Die Hauptmerkmale für die Diagnose der Hepatoptose sind nach *Schott*-Nauheim.

1. Tumor von der Eigenschaft der Leber in der mittleren oder rechten Bauchgegend,
2. Tympanitische Zone zwischen Lunge und Leber,
3. Tumor von der Konsistenz der Leber,
4. Zurückbringbarkeit des Tumors in die anatomische Leberlage.

In der Zeit vor Entdeckung der Röntgenstrahlen, als man nur auf die Palpation und Percussion für die Untersuchung der inneren Organe angewiesen war, stellte man sich unter Hepatoptose nur eine kraniokaudale Verschiebung der Leber vor. In neuerer Zeit hat man aber bei Vornahme der Röntgenuntersuchung erkannt, daß die Hepatoptose als Folge einer Verlängerung des Fixationsapparates am Zwerchfell und des in Betracht kommenden Stückes der Venen im Bezirke zwischen der Einmündung der Lebervenen und des Foramen venae cavae des Zwerchfelles anzusehen ist. Während früher Palpation und Perkussion allein einwandsfreie Resultate, besonders differential diagnostisch gegenüber Hernia diafragmatica, nicht lieferten, gibt jetzt das Röntgenbild die besten Aufschlüsse.

Im Jahre 1885 vertrat *Landau* in seiner Monographie „Wanderleber und Hängebauch der Frauen" die Ansicht, daß die Wanderleber zu den abnormen Seltenheiten zu rechnen sei. Aus der damals vorhandenen Literatur konnte er insgesamt nur 29 Fälle anführen, von denen drei Männer, die übrigen aber Frauen betrafen. Sie waren zum Teil noch mit anderen Krankheiten kompliziert. Aus seiner eigenen Praxis konnte *Landau* noch weitere 16 Fälle erwähnen, die nur bei Frauen zur Beobachtung gekommen waren. Die Meinung *Landau's*, daß im Gegensatz zu den Frauen die Männer nur in seltenen Fällen von Hepatoptose betroffen werden, wird auch durch die Literatur aus der späteren Zeit bestätigt.

Ein gutes Hilfsmittel für die leichtere und sichere Diagnose der Hepatoptose ist, wie erwähnt, die Anwendung der Röntgenuntersuchung geworden. Durch Einführung von Kontrastmitteln gelingt es, die Organe unterhalb des Zwerchfells dem Auge sichtbar zu machen.

Karl Löffler, Erfurt, empfiehlt eine Auffüllung des Darmes bis zum Coecum mit leicht vorgewärmten Gas unter gleichzeitiger Aufblähung des Magens mit Brausepulver.

Perdes vertritt die Ansicht, daß auf dem Röntgenschirme schon durch das Gekrösefett und durch Dünndarmgas die Unterscheidung von Leber, Milz und Harnblase genügend kenntlich gemacht werde.

Mayer, Betz, erwähnt, daß nach *Koehler* durch hohe Röhrenstellung — wenn der Fokus in Höhe des 6. bis 7. Wirbeldornes steht, — sich schärfere Konturen des unteren Leberrandes zeigten.

Meiner Ansicht nach ist aber die Ursache des guten Erfolges bei *Koehler* nur auf die zufällig starke Gasfüllung des Kolon transversum zurückzuführen. Deshalb rät er auch zu einer Luftaufblasung des Magens und Darms, weil dann nicht alle Abdominalgebilde gleiche Absorpbionscoeffizienten haben.

Nach dieser Erörterung der in der Literatur erwähnten verschiedenen technischen Hilfsmittel auf dem Gebiete der röntgenologischen Untersuchung der Leber soll nun mehr auf einzelne Fälle von Hepatoptose eingegangen werden, die nach dem Erscheinen der Monographie von *Landau* beobachtet worden sind.

1. Bei dem Fall von *Maack* handelt es sich um eine 35jährige Frau, bei welcher sich seit 10 Jahren eine Geschwulst unter den rechten Rippen gezeigt hatte, die sich anscheinend im Laufe der Jahre vergrößert hatte, ohne irgendwelche merkliche Beschwerden zu verursachen. Zunächst wurde die Geschwulst für einen Echinococcus gehalten. Erst 1881 konstatierte *Maack,* daß die Leber am normalen Orte nicht zu finden war. Dagegen fühlte er im rechten Hypochondrium eine der Lebergröße entsprechende halbkugelige feste Masse. Jeder Druck löste Scmerzen, Oppression und Ohnmachtsanfälle aus. Störungen in der Gallensekretion sollen nicht vorhanden gewesen sein.

2. *J. Kranold,* Osnabrück, berichtete von einer 38jährigen Frau, die 11 mal geboren hatte, daß sie über Druckgefühl und ziehende Schmerzen im Leibe klagte; daneben sollen Obstipation und Appetitlosigkeit bestanden haben und bei anstrengender Arbeit eine Verschlimmerung der Beschwerden eingetreten sein. Die Untersuchung stellte einen Tumor in der rechten Unterleibsgegend fest. Der Form, Größe und Konsistenz nach konnte es sich nur um die Leber handeln, zumal da an der normalen anatomischen Lebergegend ein tympanitischer Hohlraum bestand. Der tiefste Punkt des Tumors soll von dem rechten stumpfen Rande des Organs gebildet worden sein und in der Höhe der Linea innominata des Beckens gelegen haben, während der vordere scharfe Rand nach links gerichtet und in einer steilen Linie schräg von unten rechts nach oben links verlaufen ist. Einkerbungen konnten deutlich gefühlt werden. Die obere konvexe Fläche der Leber lag nach vorn gerichtet. Der Tumor konnte nach links verschoben werden, war aber in seine rechte Lage nicht völlig reponierbar. Nach einigen Wochen traten spontane Schmerzen in der Lebergegend und Druckempfindlichkeit, dann auch Ascites auf. Die tympanitische

Zone erschien gedämpft. Nach Ablassung des Ascites ließen sich Prominenzen am Tumor wahrnehmen. Nach einigen Wochen trat Kräfteverlust und Tod ein. Die Obduktion ergab Ca.

3. *Kispert,* Madrid, erwähnt einen Fall, in welchem eine 43jährige Frau, die 2 Geburten und 4 Aborte gehabt hat, in ärztliche Behandlung wegen Beschwerden in der Magengegend und Schmerzen im Unterleibe mit dem Gefühle eines großen Gewichtes an der rechten Seite kam. Die Beschwerden vergrößerten sich beim Liegen auf der rechten Seite. In der regio epigastrica war ein elipsoider Tumor palpabel, der sich deutlich nach rechts und links bewegen ließ. Er konnte auch etwas in das rechte Hypochondrium hineingedrängt werden, aber nicht vollständig, weil das Zwerchfell wegen beträchtlichem Lungenemphysem einen großen Tiefstand hatte. Bemerkenswert ist, daß die Patientin an einer stärkeren Leberschwellung gelitten hatte, so daß man der Ansicht war, daß bei rasch zurückgegangener Leberschwellung und nachher eingetretener allgemeiner Ernährungsströmung, die vorher stark ausgedehnten ligamenta suspensoria und coronaria ihre Elastizität eingebüßt hätten, und daß sie infolge der Schrumpfung der vorher vergrößert gewesenen Leber schlaff und verlängert geblieben seien.

4. Von *D. Rohden,* wird ein Fall mitgeteilt, in welchem bei einer Frau von 66 Jahren, die drei Normalgeburten gehabt hatte, an schwere Arbeit gewöhnt und völlig gesund war, eine geringe Diastase der Muskuli recti abdominis festzustellen war. Die Leber war palpatorisch und perkussorisch sehr deutlich nachweisbar und ließ sich leicht reponieren. Eine pathologische Veränderung des Organs selbst bestand nicht. Die subjektiven Beschwerden waren die gewöhnlichen.

5. Von *Gontermann* wird ein seltener und markanter Fall bei einem Kinde besprochen, in welchem die Veränderung der normalen Lage der Leber wahrscheinlich durch heftigen Keuchhusten veranlaßt gewesen ist. Das Kind war bis zum Beginn des Keuchhustens völlig gesund. Die Enduntersuchung ergab, daß der rechte Leberlappen bis auf die Darmbeinschaufel heruntergesunken war. Der linke Lappen lag dem Lippenbogen an. Es handelte sich demnach um eine erhebliche Dislocation nach unten nach einer totalen Achsendrehung der Leber.

6. Über einen sehr beträchtlichen Grad von Hepatoptose berichtet *Snowmann.* Eine 64jährige Frau war eine sehr zarte, magere Person mit schlaffen Bauchdecken. Bei Gelegenheit war ein

Ikterus catarrhalis wahrgenommen worden. Die Milz war nicht palpabel. Es konnte auch keine Enteroptose festgestellt werden.

7. *Mache* erwähnt einen Fall, in welchem bei Gelegenheit der Untersuchung einer Frau wegen einer Kniegelenkaffection ein beweglicher Tumor in der Bauchhöhle konstatiert wurde, der nach Form und Lage nur für die Leber gehalten werden konnte. Die Patientin selbst war sich angeblich dieses pathologischen Befundes nicht bewußt und bestritt auch, jemals Beschwerden in der rechten Leibseite gehabt zu haben.

8. *Dr. Emil Meyer,* teilte einen Fall mit, der einen Straßenbahnschaffner betrifft, der angeblich immer gesund gewesen ist. Er will auf einer Bahnstrecke, auf der ein sehr starkes Stoßen der Wagen stattgefunden hatte, plötzlich ein sehr starkes Druckgefühl empfunden haben, das zunächst von keinerlei erheblichen Schmerzen begleitet gewesen sei. Erst am nächsten Tage habe sich sein Zustand so verschlimmert, daß er seinen Dienst nicht mehr habe versehen können. Bei der darauf folgenden ärztlichen Untersuchung wurde das Vorhandensein einer bösartigen Geschwulst angenommen und deshalb zur sofortigen Operation geraten. Von anderer Stelle hatte der Patient den Rat erhalten, die „Blutgeschwulst" durch Massage beseitigen zu lassen. *Dr. Meyer* gelang es aber demnächst durch Palpation und Perkussion im Stehen und Liegen des Patienten die Sachlage dahin aufzuklären, daß es sich um eine verlagerte Leber handelte, ein Befund, der im Röntgenbilde seine Bestätigung fand.

9. *Demetrius Chilaiditi* bespricht 2 Fälle partieller Leberverlagerung. Gleichzeitig bestand Dilatation, Atonie und Ptose des Magens, namentlich infolge von narbiger Pylorusstenose. Zeitweise fand ein Hineindrängen des Kolons zwischen Leber und Zwerchfell statt. Es lag jedoch nicht Wanderleber, sondern nur abnorme Schlaffheit des Aufhängeapparates der Leber und des Darmes vor.

10. Derselbe Chilaiditi erwähnt später noch drei Fälle partieller Lebersenkung, die er in der Wiener Klinik beobachtet hatte. An Hand sehr instruktiver Röntgenbilder erläutert er den eigentümlichen Befund dahin, daß die Senkung nur temporär aufgetreten, dann spontan wieder zurückgegangen und von neuem aufgetreten sei.

Der Grad der Verlagerung der Leber wechselte je nach dem dazwischen gelagerten Darmabschnitte. Besondere klinische Merkmale und Beschwerden des Patienten bestanden nicht.

In einem dieser Fälle war noch eine allgemeine Ptose der Bauchorgane vorhanden, während es sich in dem dritten Falle um einen zufälligen Nebenbefund bei einem Lymphosarkom am Halse handelte. Das Röntgenbild schaffte vollkommene Klärung der Sachlage.

Die Mehrzahl der vorerwähnten Fälle betreffen Frauen, die öfters Geburten gehabt haben. Bei ihnen ist die Entstehung der Hepatoptose erklärlich; denn nach der Geburt nimmt die durch das Wachsen des Fötus übermäßig gespannte Bauchdecke nicht sogleich wieder ihre volle frühere Straffheit an. Die Bauchorgane, ihrer natürlichen Stütze in der straffen Bauchdecke beraubt, können dann um so leichter eine Senkung erleiden, als ihnen nur geringer Widerstand geleistet wird. Von besonderer Bedeutung ist dabei das eventuelle Vorliegen einer Rektusdiastase; denn in einem solchen Falle ist es fast ausgeschlossen, daß die Bauchdecken den Leibesorganen auch nur annähernd die frühere Stütze wieder gewähren.

Ganz ähnlich läßt sich das Entstehen einer Hepatoptose auch bei einer rapiden Abmagerung, wie sie gelegentlich bei einer Tuberkulose und bei Magenerkrankungen vorkommt, erklären.

Den in der Literatur aus der Zeit nach der Landau'schen Monographie erwähnten Fällen füge ich nun im Folgenden noch die Besprechung eines besonders gearteten Falles an, — der in der medizinischen Universitäts-Klinik, Breslau, (Leiter Professor Dr. *Bittorf*) zur Beobachtung gelangte: Er betraf einen 31 Jahre alten Landarbeiter.

Er hatte in der Jugend keinerlei nennenswerte Krankheiten gehabt. Von 1917 bis 1919 war er bei einem Inf.-Reg. eingezogen und nach einer kurzen Ausbildungszeit ins Feld gekommen. Die erhöhten Strapazen im Felddienste hatten indes irgendwelche Beschwerden nicht hervorgerufen. Zeitweise litt er zwar, was sich auch bei völlig gesunden und normal gebauten Menschen ereignet, an Stuhlverstopfungen und Durchfällen geringeren Grades. Besondere Beschwerden aus dem Magen-Darmkanale sind sonst nicht vorhanden gewesen. Eine bedeutendere Gewichtsabnahme oder ein Trauma ist nicht konstatiert worden. Auch nach seiner Entlassung aus dem Heeresdienste stellten sich keine, mit den Leibesorganen zusammenhängende Beschwerden ein. Nur an Heiserkeit litt er, die er zunächst durch Hausmittel, jedoch erfolglos zu beseitigen suchte. Er begab sich deshalb in die Behandlung der Universitäts-

Ohrenklinik, wo eine Laryngitis festgestellt wurde. Da er auch über zeitweise eintretende Atembeschwerden klagte, wurde er der Medizinischen Poliklinik zur Untersuchung überwiesen. Es ergab sich dabei folgender Befund:

Der Patient ist 162,5 cm groß, 75 kg schwer, 30 Jahre alt, von mäßig kräftigem Körperbau und leidlich entwickelter Muskulatur mit genügendem Fettpolster unter straffer Haut. Sein volles Gesicht ist von ziemlich gesunder Farbe. Die Schleimhäute erscheinen genügend durchblutet. Hgb. 80 %.

Leukocyten 6100, Erythrocyten 4,4 Mill., normale Verteilung der kernhaltigen Zellen.

Die Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit ist prima hora 4 mm, die Schilddrüse nicht vergrößert.

Kreislauforgane: Herz von normaler Größe und Lage, Spitzenstoß im 5. Intercostalraum, $1^1/_2$ Querfinger innerhalb der Brustwarzenlinie fühlbar, eben sichtbar; Töne rein, regelrecht betont. Periphere Arterien weich, nicht geschlängelt, nicht sichtbar pulsierend. Puls: 78 in der Minute, gleich und regelmäßig, bei tiefer Atmung nicht kleiner werdend. Blutdruck: nach R. R. 110/67 Millimeter Hg. Nach 10 Kniebeugen beträgt der Puls von $^1/_4$ zu $^1/_4$ Minute 25, 22, 20, 19 und bleibt regelmäßig. Der Blutdruck beträgt dann 122/70 mm Hg.

Atmungsorgane: Die oberen Luftwege sind ohne besondere pathologische Veränderung. Brustkorb normal gewölbt, symmetrisch. Der untere Lungenrand ist 3 Querfinger verschieblich. Atemgeräusch rein, bläschenförmig. Die Spitzenfelder nicht verschmälert; nirgends Dämpfung. Rechts anschließend an die untere Lungengrenze Zone tympanitischen Schalles, vorn von 3 Querfinger Breite, seitlich bis zur mittleren Axillarlinie reichend.

Verdauungsorgane: Bauchdecken mäßig straff, Bruchpforten frei. Magenschallgebiet von $1^1/_2$ Querfinger unterhalb des Schwertfortsatzes bis 2 Querfinger oberhalb des oberen Nabelrandes. Keine Druckschmerzhaftigkeit, keine Resistenzen und kein Plätschern.

Der untere Leberrand ist rechts $2^1/_2$ Querfinger in der Mitte, 2 Querfinger unter dem Rippenbogen fühlbar. Die Leber ist von normaler Konsistenz und glatter Oberfläche.

Die Milz ist perkussorisch von normaler Größe und überragt nicht den Rippenbogen.

Die Unterbauchgegend ist nicht aufgetrieben, weist keine Druckschmerzhaftigkeit, kein Plätschern, aber leichtes Gurren auf.

Der After zeigt, auch beim stärkeren Pressen, keine pathologischen Veränderungen. Die Nieren, die Blasengegend und die Geschlechtsorgane sind ohne krankhaften Befund. Urin: klar, sauer, Albumen negativ; Sacch desgleichen Gallenfarbstoff negativ. Bis auf einige kleine, derbe Leistendrüsen sind auffällige Drüsenschwellungen nicht vorhanden.

Die Bewegungsorgane sind frei. Die Unterschenkel zeigen keine Krampfaderbildungen.

Die röntgenologische Untersuchung ergibt folgenden Befund: Zwerchfell; gut gewölbt; bei Inspiration sich gut abrollend.

Lungen: die Spitzenfelder hellen sich gut auf, sind nicht verschmälert. Leicht verstärkte aszendierende und deszendierende Strangzeichnung.

Herz: bei normaler Größe Verlagerung nach links, die bei Inspiration deutlicher wird, so daß die rechte Herzgrenze den linken Sternalrand erreicht.

Aorta: o. B.

Unter dem rechten Zwerchfelle sieht man bei der ersten Untersuchung eine ungefähr 4 cm breite Aufhellungszone, an die sich nach unten ein glattrandiger Schatten anschließt. Nach Darmspülung und Citobaryumeinlauf per rectum findet sich ein stark erweitertes und verlängertes Sigmoid, welches außerdem stark nach rechts und nach oben gedrängt ist. Der Brei füllt nicht das ganze Kolon aus, sondern ist wenig über die Flexura lienalis hinaus vorgedrungen. Die erwähnte Aufhellungszone unter dem rechten Zwerchfelle ist bestehen geblieben. In ihr sind quergestellte Schattenstreifen zu erkennen.

Magen: keine Lage- und Formveränderung; die Magenblase liegt an gewöhnlicher Stelle.

Nach 4 Tagen wird der Einlauf wiederholt, wobei das Bild eine wesentliche Abweichung ergibt. Das Kolon ist diesmal ganz gefüllt, zeigt aber eine mäßige Erweiterung. Die Aufhellungszone unterhalb des rechten Zwerchfelles ist jetzt verschwunden.

Bei nochmaliger Wiederholung des Röntgenogrammes nach Ablauf einer weiteren Woche ist die Aufhellungszone wieder vorhanden, wie bei der ersten Untersuchung.

Bei sämtlichen Untersuchungen nach Einführung von Citobaryum-Brei ist das Sigmoid stark verbreitert und nach rechts verlagert.

Die klinische röntgenologische Untersuchung ergibt einwandsfrei, daß es sich um einen typischen Fall von Hepatoptose verbunden mit Hirschsprung'scher Krankheit handelt.

Die Aufhellungszone wird ohne Zweifel durch einen gasgefüllten Darmteil, der sich zwischen Leber und Zwerchfell geschoben hat, hervorgerufen. Die quergestellten Schattenstreifen, die als Plicae semilunares aufzufassen sind, indentificieren ihn als Dickdarmteil; offenbar handelt es sich um einen Teil des Kolon transversum.

Bei der ersten Darmfüllung ist offenbar der Kontrastbrei durch mechanische Behinderung seitens der Leber am weiteren Vordringen behindert worden, so daß die Aufhellungszone unverändert blieb und der Citobaryum-Brei nicht viel weiter als über die linke Flexur vordringen konnte.

Bei der zweiten Darmfüllung hat der Darm die Lage zwischen Zwerchfell und Leber verlassen. Die Leber hat ihre normale Lage eingenommen. Es besteht somit kein Hindernis mehr für den eindringenden Kontrastbrei, der nun das ganze Kolon ausfüllt.

Bei der letzten Durchleuchtung endlich haben sich dieselben Verhältnisse, wie bei der ersten Untersuchung wieder hergestellt. Die abnorme Lagerung des Kolon-Teils zwischen Leber und Zwerchfell, der zu dem Bild der Hepatoptose führt, ist demnach nur eine habituelle, so daß die Diagnose „habituelle Hepatoptose" am Platze ist. Es läßt sich hierbei nicht sicher entscheiden, ob der Darm hierbei der primär wirkende Faktor ist, in dem Sinne, daß er infolge eines abnorm langen Mesokolons besonders beweglich ist und durch ein Vordringen in den subphrenischen Raum die Leber sekundär zur Ptose zwingt, oder ob eine Bänderschwäche des Aufhängeapparates der Leber primär in Frage kommt. Die Kombination der Hepatoptose mit Hirschsprung'scher Krankheit läßt sich jedoch vielleicht für die Annahme der letztgenannten Möglichkeit verwerten; denn die Hirschsprung'sche Krankheit, die sich als übermäßig lang entwickeltes Kolon darstellt, beruht nach Auffassung mancher Autoren auf einer gewissen Schwäche des Fixationsapparates, was mitunter zur ungünstigen Lage, zuweilen sogar zur Knickung des Darmes führt.

Eine Therapie der habituellen Hepatoptose ist, solange dieser Zustand vollkommen symptomlos bleibt, nicht erforderlich.

Bei Eintritt von Beschwerden in späterer Zeit würde sich der Patient einem operativen Eingriffe unterziehen müssen. Es käme

dann die Hepatopexie in Frage, wie sie u. a. auch von *Schlößmann* empfohlen wird.

Für die freundliche Überlassung der Arbeit und für das liebenswürdige Interesse während der Abfassung derselben spreche ich Herrn Privatdozenten, Dr. Frhr. *von Falkenhausen,* meinen ergebensten Dank aus.

LITERATUR.

Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgendiagnostik:

Nr. 10, S. 192, *Smith.*
Nr. 12, S. 287, *Wiesner.*
Nr. 12, S. 323, Dr. *Schenk.*
Nr. 13, S. 145, Dr. *Köhler,* Wiesbaden.
Nr. 13, S. 59, *Clark.*
Nr. 14, S. 154, *Bassarge.*
Nr. 14, S. 217, *Dauck.*
Nr. 15, S. 236, *Béclerè.*
Nr. 17, S. 50, *Béclerè.*
Nr. 22, S. 157, *James Case.*
Nr. 22, S. 469, *Rautenberg* u. Nr. 26, S. 410.
Nr. 22, S. 157, *James Case.*
Nr. 23, S. 536, *Judion Quimby.*
Nr. 26, S. 406, *Götze.*
Nr. 27, S. 355, *Rautenberg.*
Nr. 28, S. 481, *Kloster.*
Nr. 28, S. 278, *Henszelmann,* Budapest.
Nr. 32, S. 458, *F. Haenisch,* Hamburg.
Nr. 33, S. 147, *Sutherland Rochester.*
Nr. 33, S. 690, Dr. *Fritz Perdes.*
Nr. 21, S. 586, *Giacomo Pesci,* Genua.

Landau, Wanderleber und Hängebauch der Frau, Berlin, 1885, Felix Terrier.

Leube: Münchener Mediz. Wochenschrift, 1894, Bd. 41, H. 4, S. 61.

Einhorn. Wanderleber und ihre klinische Bedeutung. Zeitschr. für diät. und phys. Therapie, 1900, IV, 2.

Demetrius Chilaiditi: Gesellschaft für innere Medezin- und Kinderheilkunde vom 12. 5. 1910.

Clake: aud Delly Amer. journ. of the med sciences, Dezember 1905.

Demetrius Chilaiditi: Presse Med., 1911, Nr. 6 u. 10.

Einhorn: Cardiooptose zugl. mit Hepatoptose, Berlin, klinische Wochenschrift, 1903, Nr. 41.

Einhorn. Zeitschr. für diät. u. phys. Therapie, 1900, IV, 2.
Crasoford: A case of antevertel wandering liver Lacet, 1897, Nov. 66.
Snowman: Displacement of the liver, 1896, Mai 09.
Gontermann: Dtsch. med. Wochenschrift 1890, Nr. 46 a.
Rohden: Zur Kasuistik der Wanderleber. Dtsch. Med. Wochenschr. 1867, Nr. 6.
Kispert: Berliner klinische Wochenschr., 1884, Nr. 24.
J. Krunold: Osnabrück, Med. Korrespondenzblätter des Württemberg. ärztl. Landesverein, 1884, Nr. 21 u. 22.
Maack: Ein Fall von Wanderleber, St. Petersburg, Med. Wochenschr. 1884, Nr. 40.
Th. Schott, Nauheim: Zur Lehre von der Wanderleber, Dtsch. Medizinalzeitung, 1882, Nr. 21 u. 22.
Prof. Choostek, Wien: Wiener Medizinalblätter, 1880, Nr. 28, 29, 30.
Schloeßmann, Bochum: Münchener Med. Wochenschrift, 1921, S. 436.
Koch, Reval: Münchener Med. Wochenschr. 1921, S. 1264.
Groß: Münchener Med. Wochenschr., 1915, S. 120.
Kernig, Petersburg: Münchener Med. Wochenschrift, 1914, S. 1524.
Prof. Dr. Richard Lewy: Klinische Wochenschrift, 1924, S. 938.
Göbell: Münchener Med. Wochenschr., 1910, Nr. 554.
Meyer: Berliner klinische Wochenschr. 1904, Nr. 16.
Moreau: Archives d' électricité médial et de physie thérapie, (Januar 1921), Heft 460.
Rautenberg: Deutsche Med. Wochenschrift, 1914, Nr.14.
Rautenberg: Deutsche Med. Wochenschrift, 1920, Nr. 5.
Goetze: Münchener Med. Wochenschr. 1918, Nr. 46, S. 1275.
Karl Löffler, Erfurt: Münchener klinische Wochenschrift, Nr. 14, S. 463.

LEBENSLAUF.

Ich, *Kurt, Rudolf, Josef Moecke,* preußischer Staatsangehöriger, wurde am 14. April 1893 als Sohn des damaligen Landgerichtsrats, jetzigen Oberlandesgerichtsrats, Geheimen Justizrats *Felix Moecke,* zu Ratibor, geboren. Die Schule besuchte ich bis Quarta 1907 am Gymnasium zu Ratibor und kam dann durch Versetzung meines Vaters nach Breslau an das St. Matthias-Gymnasium hierselbst. Am 24. November 1914 trat ich als Primaner beim Ersatz-Batl. Fußartillerie Regt. Nr. 6 als Kriegsfreiwilliger bezw. Fahnenjunker ein. Im Oktober 1919 wurde ich aus dem Heeresdienst entlassen und legte nach Besuch des Kriegsteilnehmerkursus am 31. Mai 1920 die Reifeprüfung am Friedrich-Gymnasium zu Breslau ab. Darauf studierte ich Medizin und Jura, später allein Medizin an der Universität zu Breslau. 1924 legte ich das Physikum, 1926 das Staatsexamen ab. Während der sechsmonatigen praktischen Tätigkeit war ich zunächst im Pathologischen Institut der Universitäts-Klinik zu Breslau bis zum 1. Januar 1927. Darauf an der Med. Universitäts-Poliklinik, Breslau. Am 1. März 1927 erhielt ich die Approbation und war noch als Volontärarzt an der eben genannten Klinik bis 1. Mai 1927 tätig. Vom 1. Mai bis 1. Dezember 1927 war ich in der gleichen Eigenschaft auf der inneren Station der Versorgungsärztlichen Untersuchungsstelle, Breslau, tätig, bei der ich vom 1. 12. 1927 als Vertragsarzt angestellt bin.